

現代医療における人間観の探究

硯 川 眞 旬

はじめに

拙論は、「現代社会における人間観」を探究するために、現代医療における人権・福祉にかかわる諸問題の分析を通して、「あるべき人間観」とこれを達成する方策、並びにその障碍・課題等につき考究をするものである。

そのため、人権・福祉にかかわる（人間の平等・尊厳が蔑ろにされうる）現実の諸問題をも明らかにし、これを背景とした「医療における人間観」の現状を確認、さらに、人間観についての既存の解釈をも踏まえて「あるべき人間観」を描き出した

第 I 章 現代社会における医療

病に苦しむ患者と、それを癒し治療しようとする（診断・治療技術の持主である）医師との二者関係に「医療の原点」を見出すことができよう。

1. 医療の概念

「医療」とは、健康の維持・増進のための医学の社会的な適用であるとされる。例えば H.E. シゲリストは、医療は本質的には一つの社会関係であるとしている。その原点・核心は、病んだり傷ついたものとそれを治そうとするもの、つまり、その原型は患者・医師の関係のうちにあり、そこに医療の本質が顕現しているとする¹⁾。

関連して「保健」とは、「健康」を目的・目標として、これを守り高める施策・努

1) Felex Marti-Ibanez (ed.), Henry E. Shigerist on the History of Medicine, New York: M.D. Publicacions, 1960, p.26.

力（健康教育や保健活動全般）の総称概念としてとらえることができる。

医療は、人間性の尊重と生命の尊重を根底にし、「病気でなく病む人間を、個々の臓器ではなくその人全体をみる」という理念に貫かれていることが不可欠である。すなわち、患者を全人的にとらえるところに総合医療が成り立つ。したがって、医学が、単なる動物学や一部の臓器をみる「学」とどまるかぎり「人間」を見失うことになる。こうした現代医療についての分析がとりわけ必要な今日にある。

2. 健康と疾病の概念

WHO の健康の定義は、「単に疾病をもたないとか、身体が弱くないというだけではなく、肉体的、精神的、そして社会的に完全に良好な状態である。」とされている。なお、WHO は「最高の健康水準を享受することは、人種、宗教、政治的信条や経済社会的状態のいかんにかかわらず、すべての人間の基本的権利（基本的人権）の一つである」としている。これが、言わば健康権である。このことについて日本国憲法では、第25条にうたわれているが、人間をあらゆる価値の根源と認め、これを尊重する考えを表現している。

世界人権宣言においても、すべての国民のおかすことのできない永久の権利として、現在と将来にわたって保障されている。

このように、現代は、すべての人びとがどこまでも健康で主体的・積極的に生活しうるような社会の形成が国際的な規模で要請されており、とくに QOL の向上がその基本的理念であることを忘れてはならない。

ところで、病気とは「或る一つの器官が病的な変化を受け、正常な機能が営み得なくなったものである」²⁾。なお、現代医学は、「病状」を病気とみなしがちな傾向を持っていることにも留意しなければならない。

3. 現代における医療の特質

現代における医療の特質は、自然科学的なものに基盤をおきがちであり、人間的・社会的側面への関心が弱いと指摘するものが多い。そうしたなか、疾病構造の変化に遭遇し、漸く人間の行動や生活条件に関する理解の必要性が強調されるようになってきた。それは、従来、人間やその社会的側面が軽視され、これらが見失われてきたことへの反省としての高まりであると言ってよからう。

2) 大段智亮『病気の中の人間』サンルート・看護研修センター、1936年、116頁。

例えば、R.N. ウイルソンは、医学・医療の焦点が技術に当てられ、機械・技術・検査・コンピュータ処理などに強固に包まれていることを指摘し、そのため患者と医師の援助関係・相互作用という医療の核心がしばしば忘れられていると指摘している³⁾。

また例えば、臨床医学の専門化と医療機器の導入が、ますます患者の人間性、こころ、生き方を大切にできにくくしており、特に臨床医・基礎研究者が主体的な問題としてとらえなおさなければならない点が多々ある。もちろん、医療技術の革新が、保健医療・医学の「進歩」の原動力であることは明らかなことであるが、現代の医学の力が及ばない疾病や障害等への対応にあっては、医学は第二次的立場にある。

このことは、人権意識等社会福祉の局面の拡大の重要性を意味しよう。まさに、「福祉の医学」としての発展が肝要であり、医療における人権的・倫理的問題を絶え間なく考え反省しつつ、「全人的医療」を展開することが望まれる。

ところで、かかる分析視点から現代医療を考察すると、その本質は自由診療・営利性（自由開業医制度を基盤とした資本主義論理に基づいた独占性をもって成立）にあり、そのため、国民の医療を受ける機会の平等性が成立しにくい状況にある。

事実、日本医師会の根本理念のなかには「自己の疾病の治療、家族の疾病の治療は自己の責任において果たすべきである」とされている。この限りでは、近代社会における「社会保障の思想」が軽視されていることになる。

第2章 現代日本における医療問題と人権

現代日本における医療問題としては、次のような問題があげられよう。

すなわち、① 保健予防・包括医療の問題、② 医療保障の仕組み、医療費支払制度と国民医療費等の問題、③ 末期医療・先端医療の問題、④ 慢性・リハビリテーション・高齢者医療等の医療供給体制の問題、⑤ 医師制度・医学教育の問題、⑥ 看護職等医療従事者制度、病院管理の問題、⑦ 医療分業・薬学教育の問題、⑧ 製薬使用・薬価基準の問題、⑨ 環境・大気汚染、交通災害・労働災害等の問題、⑩ 医療問題の改革運動の問題、⑪ 国際的・世界的な医療の問題等である。

こうした医療問題を横断的にみると、人権・福祉・倫理にかかわる、より重大な問

3) R.N. Wilson, *The Sociology of Health: An Introduction*, New York: Random House, 1970, p.83.

題として、次の4つの点を指摘することができよう。すなわち、①薬害の問題、②患者・医師関係の在り方や倫理性の問題、③医療過誤の問題、④生命倫理・末期医療の問題、⑤国際的な保健医療の問題などである。

1. 薬害の問題

(a)「薬害エイズ」の問題——この薬害問題については、これを防止する社会的努力不足の問題性についても忘れてはならない。また、他人の目にさらされないプライバシーの権利侵害についても十分な対応が不可欠である。

(b)ソリブジン薬害の問題——この薬害問題は、癌患者への病名告知を原則としていない日本医療の在り方等、多くの問題を投げかけている。特に、併用の警告を明記しなかった製薬会社、これを承認した厚生省の責任問題などである。

(c)薬原病としてのスモン薬害の問題——国の医療品安全確保対策への不信と製薬企業の「薬害」を起こす構造の問題、西洋医学に言う「多少の副作用の程度」の評価と健康被害の問題などである。

(d)サリマイド薬による薬害の問題——薬原病としてのこの薬害問題も十年後にはじめて因果関係と責任が認められるという始末である。わずかな対応の遅れが悲劇を招いた。

(e)Lトリプトファン必須アミノ酸製剤服用による薬害の問題——遺伝子工学技法による製剤服用薬害の最初の重大事件であるだけに、今後さらに需要を増すであろう遺伝子操作技術による製剤による薬害の心配がある。

(f)そのほか、医療機関での医薬品の長期大量投与による薬害の問題等、因果関係未確定の薬害問題が存在する。

これらに対して、一定の範囲の薬害認定被害者には、医療費や年金等の受給制度がある。しかし、それも貧弱な内容である。また特に、所謂「薬づけ」医学についての見直しが必要である。

2. 患者・医師関係の在り方と倫理性の問題

医師は嘗て、患者の生殺与奪の権を持つ権力者と考えられてきたし、今日においても、相手を患者（病气）として判定する権限をもっている点から、あるいは父権主義的な保護者という意味から、「絶対権力者」的存在としてとらえられがちである。

医師の権威は、その専門的知識・技術の優位性にあり、病に苦しんでいる人に対して、人間愛・善意を施す「献身」に対して尊敬・畏敬の念を抱かれるところにその源

泉がある。

なお、今日、医師の在り方や倫理性について考えるとき、「インフォームド・コンセント」の概念をあげることが有用であろう。それは「患者の権利」の認知として考えることができる。つまり、疾病構造の変化等により、必然的に患者・医師関係の変化に影響を与えている概念である。

3. 医療過誤の問題

医療事故、医事紛争等は、医療危機の最も深刻な事態の一つであり、表面化したのはそのごく一部であると考えてもよからう。これらは、埋もれた人権侵害として捉える必要がある。

医師の不用意な言動やまちがった医療行為等による過誤医原病・不可避な医原病の発生は少なくないと言われる。

こうした問題について考える場合、前述のインフォームド・コンセントの考え方に照らして考察をすると、より確かな理解ができよう。と言うのは、医療過誤によるトラブル（損害賠償・刑罰問題等）は、患者（家族）・医師関係が信頼でつながっていないことから生じている場合が少なくないとおもわれるからである。法や裁判も、解決策の一つではあるが、それが患者（家族）・医師関係における本質的な解決策であるか否か熟慮する必要がある。すなわち、医療過誤問題の予防処理を防衛的な法律中心の対処では十分解決にはなりえないということである。

大切なことは、対等な「患者・医師関係」として、医師は「プロフェッションとしての責任ある立場」を貫かねばならないのである。そこにはじめて、医師の専門性と患者の自己決定権が合致するのである。

そのほか、司法誤判問題等の人権問題についても、たとえば真犯問題に対するオンブズ・パーソン制度の確立が急がなければならない。

4. 生命倫理をめぐる問題

回復の見込みがないにもかかわらず、多大な苦痛を伴う治療が施されたり、人工延命術により意識を失ったままの所謂「植物状態」で生命を維持したりすることについての、人間としての尊厳性の問題である。言わば、現代の生命操作的医療とこれをめぐる倫理問題である。

さて、尊厳死とは、あくまで患者の意志を尊重したうえで認められるべきことであり、延命治療に費やされる費用のことを理由としてはならないであろう。この意志決

定の根底に、あくまで生命の尊厳に対する思想と、生命の尊さへの謙虚さが不可欠であり、技術の進歩をこれからの判断基準に反映させる学問的努力が行なわれるべきである。すなわち、医師等に、専門職として自己を規制する規範が必要であるとともに、社会規範の改善要求を行なっていくことも必要不可欠である。

さらには、医学・医療以外の知識をも集約して、死物化せぬよう時代とともに改変しながら所謂倫理委員会機構による確実な判定と安定した制御が欠かせない。

ところで、脳死と尊厳死は別々に論じることが必要である。脳死は、心臓は動いているが脳は死んでいる状態であり、レスピレータ（人工呼吸器）によって心臓を動かしておくことができるようになったために可能となった人為的な状態である。ちなみに、脳死を死と認めるのは臓器移植のためにほかならない。

尊厳死は、自然死（人間として自然なかたちで、尊厳をもって死を迎える）を尊重することである。所謂植物状態では、脳の大部分が死んでも、生命の根幹である脳幹は生きている。生命維持装置をはずすと、やがて心臓は停止し、脳幹も死ぬ。尊厳死の対象は、所謂植物状態のほか、悪性腫瘍の末期か、高齢者の脳血管障害が多いといわれる。

なお、安楽死や尊厳死の問題における医師の在り方としては、アメリカ、オランダの実態にあてはめてみると、医師が単独で決断するのではなく、ほかの医師の意見を聞くのがその要件であろう。尊厳死は、患者の医師を尊重するインフォームド・コンセントの延長線上に位置するものである。

そこで、新しい時代に即した医療の在り方について模索し、時代性にマッチした方策を具体的に探っていくバイオエシックス（生命倫理論）の実現が必要である。

ところで、最近「リビング・ウィル」という自分の死に方に関する意志表示（自己決定）書（生前発効遺書）の考え方が生まれてきている。患者・医師間の信頼関係を築くうえに重要な手段である。

5. 末期医療の問題

患者の最重要な人生の総決算の時期（余命3ヶ月以内）に、患者を支える包括的ケア（転移をもつ進行癌の苦痛の緩和）は、まさに人権擁護の実践そのものである。この実践に際して、健康至上主義（死をできるだけ考えないとともに、医療に対する過信・過依存）の社会風潮のなかで、とくに次の点の在り方が問われている。

(a) 癌告知、(b) 所謂延命医療・濃厚治療、(c) 施設・在宅における末期医療、(d) 死生観を育てる教育、(e) 末期医療における宗教のかかわり等である。

6. 国際的・世界的な医療の問題

世界的に生命をおびやかす医療問題として、例えば嘗てのマラリア，カラアザールに加えて、ヒトレトロ（RNA 腫瘍）ウイルス感染による癌病，HIV（ヒト免疫不全ウイルス）感染によるエイズ病，殺人ウイルスによるエボラ出血熱病をはじめ，世界諸国において多発する疾病や飢餓の問題等への国際的な取り組みが緊急かつ重要不可欠である。

7. そのほかの特記すべき問題

不治永患や難病等への対策について考察してみると，まずは社会福祉サイドで取り上げられてきた。また重症心身障害の問題についても，先に教育・心理サイドの取り組みによるもので，医学はむしろ後発であるという現状にある。

また例えば，水俣病，労働災害に対する取り組みのなかでも医学は立ちおくれているといえよう。このように，人権意識の強い（福祉思想に裏づけられた）活動領域サイドが，問題解決の前進に大きく貢献をしている事実に注視しなければならない。

また，高齢者医療がほかの世代よりも低い差別された水準の医療とならないよう（特に痴呆性高齢者の健康権保障），注意を喚起しておきたい。さらには，人権・倫理にかかわる，臓器移植，体外受精（代理母出産を含む），男女の生みわけ，堕胎や出産をめぐる所謂女性問題についても大変危惧される。これら諸問題について，人権の立場から社会的擁護をすることが強く望まれる。

あるいはまた，遺伝子診断の進歩によって事が明らかになったために，プライバシー侵害や差別を生むことも考えられ，これらの点についての点検が必要である。

なお，医療倫理が問われる背景・要因の大半は，患者の権利意識の増大にあると考えられるが，その患者の権利が守られるレベルは，その国の民主主義のレベルを反映していることを忘れてはならない。

第3章 現代医療における人間観の現状

人間は，病気の苦痛に悩み，それが自分の人間的生活を破壊し，周囲に影響を与えることを心配し，さらにまた，死の不安におびえる受動的・理性的存在である。

1. 医師・医学・医療と人間観

医学からすれば，人間は，気づかい・世話・配慮（身体への配慮）の対象である。

また患者は、危険にさらされている極めて無防備で脆弱な存在であり、それゆえに、苦しみを和らげ、慈しみ守ってやらねばならない存在ということになる。

弘中惇一郎は、「医師の重要な関心は、臓器移植という治療の対象たる患者（レシピエント）に対して向けられており、臓器提供者（ドナー）は、治療材料としての物という立場に置かれる」と述べている⁴⁾。

また、故中川米造は、「人間を理解するとは、多様性を理解することなのであり、理解されるということが、人間的な世界においてはもっとも大事であるということを実感しなければならない。」⁵⁾としている。

まさに、医療の原点が具体化される道筋として、「人権の拡大」と「福祉思想の定着」が極めて重要であることにあらためて気がつく。願わくば、西欧諸国において宗教の影響による高い人権思想が医療の資本主義化を防いだといわれるように、人権意識・福祉思想が、現代医療の荒廃をくい止め、その改革への原動力になると確信する。そこにあるべき「医療の人間観」が現実のものとなるであろう。

2. 医療における人間観の現状

(1) 人間であることに固有な問題である「人間とは何か」という根底的な問いが、今日の医療において再び活性化している。「リビング・ウィル」、「インフォームド・コンセント」などがそれである。

具体的には、「脳死は人間の死であるか」といった先端医学と結びついた新しい問いがそうである。その際、「人間とは何か」、「人間であるとはどういうことか」があらためて問われる⁶⁾。

これらの課題は、現代の医学・医療が人間の全体を問題にするのではなく、ある切断面・部分についての直線的な追求や、抽象化した研究に偏りやすく、それでいて、人間全体を扱っていると考ええるような態度に起因しているものとみられる。

(2) 医療者（医師・看護者等）は、「患者」を自由にできる生物体とみなしやすくと指摘されることも少なくない。この傾向が強くなると、人間の道徳的感覚や倫理的感覚を麻痺させかねない⁷⁾。

4) 弘中惇一郎「医療と人権」(東大 PRC 企画委員会『脳死』(株)技術と人間, 1986年所収), 163頁。

5) 中川米造『学問の生命』佼成社, 1993年, 227頁。

6) 飯島宗一・加藤延夫監修『人間性の医学』名古屋大学出版会, 1997年, 40-87頁。

7) 小森健吉・吉岡 剛・室井 修・南沢貞美『人間教育の省察』法律文化社, 1983年, 109-111頁。

あるいは、今日、薬害の歴史の教訓が生かされるどころか、国・製薬会社によって重大な過失が繰り返されており、新薬実験などにおける「人間観」はあまりただされているようには思えない。

(3)「性と死の境界」に関しての人間観である。死は、人間存在の根本にかかわる問題であり、特に「医学における死」について、全人間的観点から一層厳格な検討が必要である。

例えば、医学的には「脳の死」をどのような客観基準で確認するか。所謂「植物状態」にある人間の再回復の可能性という課題である。あるいはまた、あるべき「人間観」に立脚した、医療者の尊厳死・安楽死をめぐる「苦悩」ある取り組み方が定着することがまたれる⁸⁾。

(4) 医療の絶対的条件である「生命尊重」における人間観である。例えば、人間の生命を奪うために医学が利用された事例を直視し、医学を悪用すれば殺人の具たりうるし、薬は同時に毒でもありうる。また例えば、死を目前とし、苦痛に悩まされている人間の「生きる義務」について、「人間尊厳」と「自己決定」を重要視する視点からの検討が不可欠である。

(5) もう一点は、社会・人々の「病者」観である。すなわち、人間は、健康者と病者、つまり消耗品と廃棄品・修理品に分けられ、「治らぬ者」は見捨てられ、「人々の負担になる者」は「厄介者」とされやすいとはいえないか⁹⁾。また例えば、臓器移植における医師の臓器提供者（ドナー）観は、「治療材料としてのモノ」として、人間感情を交えずに患者を扱うという事態があるとすれば、それは由々しきことである。

第4章 あるべき「医療の人間観」

前でみたように、現代における医療の対象は、本来病者のみならず健康者を含むすべての人間であり、イクオール「病者」ではない。ところが現状は、「病者」に限定している場合が多い。また、それにとどまらずさらに、病者イクオール弱者となり、それが所謂無能者・厄介者・消耗品・廃棄品・修理品という捉え方にまで発展しがちであることを危惧する。

8) 飯島宗一・加藤延夫監修『前掲書』, 30-32, 83-84頁。

9) 清水昭美『看護婦が倫理を問われるとき』日本看護協会出版会, 1995年, 13-149頁。

こうした状況は、「医療における人間」が、ややもすると動物・生物として取り扱われがちであること、さらに具体的に表現すれば、「モノ（物体）」や「実験人体」などといったような捉え方がなされることもありうる等、その現状が推察できよう。あるいはまた、現代における『『資本主義医療』対象としての人間』としてとらえる限りは、いわゆる「金儲け医療」の顧客ということにもなり、大変憂慮される。

いうまでもなく人間は、生物体と生活体の両面における統一体として把握されるべき存在であり、病者である人間は、一層「人権の主体」、「人権行使の主体」としての位置づけをすることが不可欠なのである。

そこで、あるべき「医療の人間観」について確認しておく。

1. 医療関係や疾病、生命との関わりにおける「あるべき人間観」

まず、医療関係における「あるべき人間観」についてであるが、前述のように医療は、疾病予防・健康保持をも含む概念として理解されるべきであるが、一般的現状は、「病気」の治療を目的としている。そのため、医療の対象は、「人間すべて」ではなく「病人・患者」とされる。無論、医療者・患者関係は、「病気」という要素を仲介項として意識的に作り出された人間関係である。したがって、この病人・患者という特別な境遇にある「人間そのもの」についての正確な洞察が不可欠であるとともに、「あるべき人間観」についての明確な認識を保つことが、医療を「人間中心」にしていく出発点であろう。

そこで、医療者から患者への一方的な関係としての「人間観」ではなく、患者の健康追求・疾病治癒への意志や、医療者への信頼に彩られた「人間」としての捉え方が欠かせない。また、無防備な存在であり自由を失った受動者ではあったとしても、「病人・患者」としてでなく、支えを必要とし手当・援助を求めている「人間」として全体的・統合的に把握され、力動的な医療関係における「人間」把握が要求される。とくに、社会のなかに生きている人間であり、社会の無理解と残酷さが「あるべき人間観」確立の最大の障害となっていることを忘れてはならない。

A.B. バーバーは「患者中心のケア」を提言している。すなわち、かけがえのない生命をいとおしみ、これを守ることが医療の根源であり、医療者は、患者に対して身体への配慮についての術知をわきまえ、うまく配慮・治療にあたる。その本質は、病苦の共感であり、これを緩和・除去しようとしている患者への思いやりである。このように、患者中心のケアの確立は、医療者の「人間観」次第なのであ

る¹⁰⁾。

次に、疾病・生命との関わりにおける「あるべき人間観」についてみる。

あらためて、「人間」についてとらえ直すとき、「人間にとっての病気」について再度見直し、生命との関わりにおける「あるべき人間観」を明確化することが大切であることに気づく。言わば、「生きる」主体、そして「よりよく生きる」生物体・生活体としての捉え方の重要性についてである。

さらに重要なことは、かけがえのない命と可能性を秘めた人生を生きることの意味とその価値についての深い認識である。このことを、例えば尊厳死の問題と関連させて考えてみると、「尊厳」の意味は、死の自覚において、「かけがえのない命を尊く生きる」人間という自覚的自己としての面と、そうした自己がこれに従うという概念としてのものとの両者からなる。したがって、延命装置をめぐるだけのところでの「尊厳」、つまり延命のためだけに延命装置をもちいることはすべきでなかろう。

結局、安楽死についても同様、現実には人間の生死を医師が司るということの問題を内包している。苦痛をやわらげる治療が効を奏しない場合、「患者への同情はしばしば安楽死を正当化し、『生命ヲ保全』するという医の第一義を裏切る。そこには『生』の側の問題にのみ関心が偏り、『死』についての根本的把握の欠落がある」¹¹⁾といえよう。

また、例えば医師は脳死の早期判定即移植の事項という行為自体を担うのであるから、「患者という人間」に対する基本的な視点、すなわち、死にゆくものへの気配りが欠落してはならない。

このように、望ましい医療行為を貫く医療者の「あるべき人間観」と、重い社会的責任を伴った価値を追求する社会的行為としての医療における「あるべき人間観」が厳しく問われる。

2. 自己決定、実存的存在、人権主体における「あるべき人間観」

「あるべき人間観」を左右する「自己決定」について、尊厳死を例に考えたい。

つまり、それは基本的には自分の死を自分で受け入れるということであろう。したがって、死にゆく患者という対象をしっかりと見る「人間観」と、医療行為までもを対象化してみる医療者の眼が要求される。すなわち、個別性をもって人間一人ひとり

10) Allen B. Barbour, *Caring for Patients*, Stanford University Press, 1995, p.77.

11) 飯島宗一・加藤延夫監修『前掲書』, 32頁。

の死へ尊厳をもってかかわっていくべきである¹²⁾。こうした点からの「人間観」の確立が要求されている。

次に、実存的存在・人権の主体としての「あるべき人間観」についてであるが、現実の医療の展開においては、実存的存在・人権主体としての「あるべき人間観」の認識が脆弱である。すなわち、人間は、身体と心を一体化させて生きている。人間は精神と身体とが微妙に反応し合う身体的存在でもあれば精神的存在でもある。したがって、生物学的に言えば、生物体イコール身体ではないということである。

次に、人間は社会という共同体のなかで「人間としての完成」をしていく存在である。つまり、人間は社会的・文化的な基礎の上に成長し生活するものであり、また、それ自身も本質的に社会的・文化的な存在である。したがって、現実社会の人間関係の中に存在している具体的・実存的存在であり、人間行動の概念的・抽象的な法則性をもって理解するだけでは十分ではない¹³⁾。

さらに、人間は人権の集合体であり、人権によって守られなければならない存在である。人間は、平等に尊重され生きる人間本来の「天賦の権利」をもつ存在である。生存（福祉）の権利性に立って、その自己を十全に生かし実現していこうとする欲求に根ざす存在であることを再認識しなければならない¹⁴⁾。

3. 医学や国際的な保健・医療問題における「あるべき人間観」

医学における「あるべき人間観」についてであるが、言うまでもなく、自由に人体実験・生物解剖ができるはずはない。医学が科学であるといっても、人間に対応するときに生じるこうした問題を曖昧にしてはならない。このように、医学の「人間観」の現状が厳しく問われるとともに、「あるべき人間観」に立った医療の確立が喫緊の課題である¹⁵⁾。

さらに危惧されることは、現代西洋医学の人間観が、死生観までをも規定してしまいかねないことである。例えば、臓器移植等にみられる機械的な人間観の傾向がこのまま進めば、いずれは「臓器移植」のために脳死体をつくるという危険な「人間観」が生まれかねない。

12) 飯島宗一・加藤延夫監修『前掲書』, 46, 90頁。

13) 薄井担子『科学的看護論』日本看護協会, 1997年, 42頁。小森健吉・吉岡 剛・室井 修・南沢貞美著『前掲書』, 129頁。

14) 伊藤隆二・上田 薫・和田重正『福祉の思想』柏樹社, 1976年, 204頁。

15) 小森健吉・吉岡 剛・室井 修・南沢貞美『前掲書』, 113-114頁。

次に、国際的な医療問題と「あるべき人間観」についてであるが、周知のように今日世界各国では、生命を脅かす疾病や飢餓、戦災等の医療問題に直面し、生命の危機に晒されている。人間はすべて、主体的・積極的に健康で文化的な生活を享受すべき存在である。

すなわち、WHO が「最高の健康水準を享受することは、人種、宗教、政治的信条や経済社会的状態のいかんにかかわらず、すべての人間の基本的権利（基本的人権）の一つである。」としているとおりである。

また、例えば臓器が高値で取引される所謂「国際臓器マーケット」が急激に拡大しているともいわれる。物質中心の価値観、非人間的な医療観のなかに人間を引きずり込むような「人間観」を是正し、こうした点についての反省に立った「あるべき人間観」の徹底が緊急な課題である。

第5章 あるべき「医療の人間観」の達成方策

あるべき「医療の人間観」を達成する方策の起点は、「人間尊厳」という基本的理念の堅持である。その中核は「人権尊重」に尽きるといっても過言ではなかろう。具体的には、「自己決定（権）」の保障がその出発点である。すなわち、人間の持つ基本的な能力である「自己決定」を権利として保障することである。

1. 所謂脳死・植物状態としての捉え方と「あるべき人間観」の達成方策

現代日本における所謂「脳死・植物状態」の捉え方にみられる「人間観」について分析をし、その在り方につき考察したい。

まず筆者の考え方は、脳死を一律に人の死とする十分な社会的合意はないし、「脳死が死でないのなら、心臓を摘出すれば殺人だ。いかなる状態でも、生きている人の命は奪えない。」（国会法案審議に際する猪熊重二ら案）。筆者は、情情的にのみならず、法的にも「生きた人の臓器は取れない」と考える。こうした人権無視と「物」としての取り扱いを戒めると共に、臓器移植法が医師の免罪符ではないことを強調しておかねばならない。法では、脳死判定は、ドナー（臓器提供者）が臓器提供と脳死判定を受け入れる意志を文書で残し（認め）、家族も同意した場合にだけに限った。つまり、脳死か心臓死かを選択できる脳死適用を限定した。

なお、現実には次のような指摘がある。すなわち、「現在でさえ、血管や腎臓、心臓弁などの臓器摘出と保存が勝手に行なわれている『無法状態』だ。臓器移植法が成

立すれば、人の体はさらに単なる『部品』として軽んじられる」¹⁶⁾。それは、最も恐れる「人間観」の顕れにはかならない。こうした杜撰な判定による臓器摘出が許されてはならない。

また、例えば「手術は成功したが、患者は死亡した」ということばを耳にするが、このことばは、まさに、医療の恥部の露見にほかならず、人権軽視そのものである。このような限りでは、医療者はその特権のうえに一層あぐらをかきやすい¹⁷⁾。これらの点についても基本的な省察が必要であろう。

また、所謂「植物状態」から、移植用心臓を切り出すことは許されるべきではないと筆者は考えている。なぜなら、生に対してあらゆる努力を払い、生きながらえさせようという心根は、命を認め合うということに他ならないからである¹⁸⁾。そういう「人間観」であるべきである。すなわち、「人の呼吸を一分でも延ばすという努力を政策的要請として一応認めながらも、さらに、真に命を尊ぶという意味を究めて、政策のより妥当な方向への転換を図らなければならない」¹⁹⁾ といえよう。

ところで、例え自己決定による死の選択であっても、尊厳死・安楽死という「人の命を奪う行為」を認める（法律上も）ことには、慎重でなくてはならないというのが筆者の考え方である。確かに、尊厳死・安楽死の問題への対処について、チーム医療・病院倫理委員会機能（治療停止措置・積極的安楽死に際して）による態勢で取り組むことを条件にしたとしてもである。

2. 医療関係における「あるべき人間観」の達成方策

言うまでもなく、現代医学・医療の恩恵にあずかっている「現代人」の私たちであることは認める。また、現代医学・医療の手の及ばない病気や失明、あるいはまた、所謂「ろうあ」、手足の不自由等が無数に残っていることもよく承知している。

とはいえ、前述のような実験、手術、そして薬害等が厳然と存在する事実を前にするとき、弱者に優しい社会を建設するどころか、逆に、健全な民主主義社会形成に必要な「人権尊重」視点の欠落、強者のつけが弱者に回されるような医療政策の構造的欠陥を指摘せずにはいられないのである。医療政策の在り方は国民生活にとって重大な問題である。例えば今日では、公的介護保険への期待と不安があるし、あるいはま

16) 「臓器新時代 ― 脳死移植を考えるために ― (4)」『京都新聞』平成9年6月10日朝刊、第1面。

17) 清水昭美『前掲書』, 151頁。

18) 時実利彦『人間であること』岩波書店, 1970年, 207頁。

19) 伊藤隆二・上田 薫・和田重正『前掲書』, 130頁。

た、「薬害エイズ」問題に対する国民の怒り等がある。また、高度先端医学の研究や医療効率、経済（所謂金儲け）目的的延命医療等に偏した対応については、種々考え直さねばならない点を内包している。このように、「あるべき人間観」に立脚した現代の医療政策の在り方が厳しく問われているのである²⁰⁾。

言わば、あるべき医療関係とそれにおける「人間観」の在り方への疑問である。

医療関係は、本質的には「医」を介して人格（医療者）と人格（患者）とが触れ合うところにある。ところが、今日それが『技術者チーム』と『マスとしての患者』という側面に還元され、契約と権利の意識が双方に出現し、合理的ではあるが、そのため暖かさを減じ、病人の心の側にある種のフラストレーションをももたらすようになった²¹⁾。このことを見落としてはなるまい。

本来の「患者中心の医療」とは、「患者ではなくて人間、病気ではなくて不快な状態、治療ではなくていやしに焦点をあて、単に患者を治療することだけではなく患者と共働きすることを、病気を根絶することよりもむしろ健康を達成することを目指す」²²⁾ものである。こうした「人間観」のうえに確定された医療関係でなければならないのである。

すなわち、医療の主役は患者であるという「人間観」、換言すれば、医療者側の「治してやる」意識や「黙って任せておけ」の医療観（医師のパターナリズム）が、いかに患者の「権利無視」につながるものであるかについて気づくべきであるとともに、それより脱却した「人間尊厳」を理念とする民主的姿勢を貫き通す「専門職」への成長がない限り、あるべき「医療の人間観」の確立は望めそうにもない²³⁾。

そのため、医療者は、「人間をどのように捉えているのか」といった自己に対し問いかけをすることが不可欠である。つまり、医療者の専門職業人としての自己点検・自己規制をする「倫理」と、自己の質的向上を志向する真摯な姿勢は、自己の「人間観」の点検からはじまるといってよからう。

参 考 文 献

- 1) 宮城音弥訳 (E. カシーラ)『人間』岩波書店、1982年。
- 2) 滝沢克巳『現代における人間の問題』三一書房、1984年。

20) 池上直己・J.C. キャンベル『日本の医療』中央公論社、1996年、V 頁。

21) 飯島宗一・加藤延夫監修『前掲書』、17頁。

22) 山形謙二『人間らしく死ぬということ』海竜社、1996年、128頁。

23) 清水昭美『前掲書』、151頁。

- 3) 岸由二訳 (E.O. ウィルソン)『人間の本性について』筑摩書房, 1997年。
- 4) 時実利彦『人間であること』岩波書店, 1970年。
- 5) 養老孟司『ヒトの見方』筑摩書房, 1991年。
- 6) 茅野良夫『哲学的人間学』塙書房, 1969年, 15頁。
- 7) 下程勇吉『教育人間学研究』法律文化社, 1982年, 48-54頁。
- 8) 谷口忠顕『デューイの人間論』九州大学出版会, 1982年, 26頁。
- 9) 伊藤幸郎『医療と歴史』メディカ出版, 1994年。
- 10) 医療人類学研究会『文化現象としての医療』メディカ出版, 1994年。
- 11) 村上陽一郎『医療』読売新聞社, 1996年。
- 12) 岡田靖雄『精神医療』勁草書房, 1972年, 179頁。
- 13) 園田恭一ほか『保健医療の社会学』有斐閣, 1990年。
- 14) 園田恭一『健康観の転換』東京大学出版会, 1995年, 1頁。
- 15) 河野博臣『21世紀への医療』有斐閣, 1990年。
- 16) 鎮目和夫『いい医者いい患者』松林館, 1995年。
- 17) 奥田いさよほか『ターミナルケア』川島書店, 1995年。
- 18) 河野正輝『序にかえて』(池永 満『患者の権利』九州大学出版会, 1995年所収)。
- 19) 武田文和『癌患者の生を考える』有斐閣, 1985年。
- 20) 太田和雄ほか『癌診療におけるインフォームド・コンセントの実践と検証』先端医学社, 1994年, 162頁。
- 21) 木戸幸聖『臨床におけるコミュニケーション』創元社, 1983年。
- 22) 東大 PRC 企画委員会『脳死』(株)技術と人間, 1986年。
- 23) 伊藤幸郎『医療と倫理』メディカ出版, 1994年。
- 24) 池見酉次郎『日本のターミナルケア』誠信書房, 1989年, 4-5頁。
- 25) 星野一正『生命倫理と医療』丸善, 1994年。
- 26) 池辺義教『医の哲学』行路社, 1986年。
- 27) 唄 孝一『医の倫理』日本評論社, 1987年。
- 28) 池永 満『患者の権利』九州大学出版会, 1994年, i-x 頁。
- 29) 本間三郎『医学研究の動向』日本評論社, 1987年。
- 30) 片平洌彦『構造薬害』農山漁村文化協会, 1994年。
- 31) 片平洌彦ほか『ノーモア薬害』桐書房, 1995年。
- 32) 硯川真旬『現代社会福祉方法体系論の研究』八千代出版, 1996年。
- 33) 硯川真旬『現代医療福祉活動論』相川書房, 1983年。